



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 26-dic-2022

Fecha Validación: 26-dic-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RAMÍREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52516759	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES NOV AÑO 1980 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 25#39-33 apto 102 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6014701582 EMAIL dianarg04@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller			
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1997

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Especialización universitaria	4	X	ESPECIALIZACION EN TERAPEUTICAS ALTERNATIVAS Y FARMACOLOGIA	6 2012	41317/2008
Universitaria	12	X	MEDICINA	7 2008	41317/2008

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
atencion integral en salud a las victimas de	sena	2022	40
diplomado en ayurveda, equilibrio entre mente,	universidad del rosario	2019	100
diplomado en medicinas alternativas y otras	universidad del rosario	2010	140



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 26-dic-2022

Fecha Validación: 26-dic-2022

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
diplomado en terapias alternativas	universidad del rosario	2009	160

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés	X			X			X		

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto Orden Cronológico COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Pablo VI Bosa	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contrataconsubredsuroccidente@gmail.com	
TELÉFONOS 7804704	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 9 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Médico Especialista	DEPENDENCIA Medicina alternativa	DIRECCIÓN Cr 72 a bis # 57 - 13 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PONAL SANIDAD CUNDINAMARCA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2614453	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 9 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 3 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO Medico	DEPENDENCIA consulta externa	DIRECCIÓN Cll 13 # 65 - 58	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

sideap 2.0

Última Actualización: 26-dic-2022

Fecha Validación: 26-dic-2022

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GRUPO MEDICAS CRC		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3479334	DÍA 5 MES 9 AÑO 2011	DÍA 30 MES 5 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Medico evaluador	consulta externa	Cil 68 # 23 - 48	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Activos SA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
5940500	DÍA 4 MES 4 AÑO 2009	DÍA 7 MES 6 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Medico	consulta externa	IPS CORVESALUD CUIDAD BERNA N2	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
S Camilo Trujillo Silava	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Huila	Palestina		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
5788315622	DÍA 1 MES 8 AÑO 2008	DÍA 31 MES 1 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Medico SSO	Consulta externa	cra 8 # 3 - 13	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap_{2.0}

Última Actualización: 26-dic-2022

Fecha Validación: 26-dic-2022

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	11
Pública	8	4
Total	9	3

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 26-dic-2022

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS